

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935. — N° 172

L'INVAGINATION INTESTINALE CHRONIQUE DE L'ADULTE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 31 Juillet 1935

PAR

Jean-Robert PERIER

Né à SAINT-SAUVEUR (Gironde), le 25 Septembre 1910.

Examineurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur.....	Président.
PAPIN, professeur.....	
CHARRIER, agrégé.....	Juges.
DUFOUR, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6. Place Saint-Christoly

1935

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935. — N° 172

L'INVAGINATION INTESTINALE CHRONIQUE DE L'ADULTE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 31 Juillet 1935

PAR

Jean-Robert PERIER

Né à SAINT-SAUVEUR (Gironde), le 25 Septembre 1910.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	{	Président.
		PAPIN, professeur.....		Juges.
		CHARRIER, agrégé.....		
		DUFOUR, agrégé.. ..		

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR

6, Place Saint-Christoly

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE,
CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

MM.		MM.	
Clinique médicale,	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale.	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants.	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale.	DELAUNAY.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique.	C. SIGALAS.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie.	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale.	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	N.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	CHARRIER.
id.	DUFOUR.	id.	LOUBAT.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale.	DAMADE.	Ophtalmologie.	BEAUVIEUX.
id.	PIÉCHAUD.	Oto-rhino-laryngologie.	DESPONS.
id.	DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie.	JOULIA.
id.	DE GRAILLY.	Physique médicale	WANGERMEZ.
id.	FONTAN.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

MM.		MM.	
Physiologie	FABRE.	Puériculture.	FAUGÈRE.
Médecine opératoire	PAPIN.	Pharmacie chimique.	VITTE.
Accouchements	PERY.	Zoologie et parasitologie.	R. SIGALAS.
Pathologie médicale.	DELMAS-MARSALET.	Botanique	GIRARD.
Ophtalmologie.			MM. CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

JEAN-EDOUARD PERIER

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

LE 20 AOÛT 1914

A MA MERE

A MA TANTE
AMÉLIE DARTIGUE

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. MARCADE

*Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

En gage de reconnaissance et d'affection.

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. LEFEVRE

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Qu'il nous soit permis de lui exprimer
notre gratitude et notre admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUFOUR

*Chef des travaux anatomiques,
Chirurgien des hôpitaux.*

Nous le remercions de la sympathie
qu'il nous a toujours témoignée et nous
l'assurons de notre attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAPIN

*Chargé du cours complémentaire de médecine opératoire
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André.
Membre correspondant de la Société nationale de chirurgie,
Membre de la Société internationale de chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui a été pour nous un maître éclairé
autant qu'affable; nous lui garderons
une vive gratitude.

A MES JUGES

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de clinique chirurgicale et gynécologique
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Vice-Président de la Société française de gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Veuillez trouver, mon cher Maître,
l'expression de notre vive reconnaissance
pour l'enseignement hospitalier si lumi-
neux que vous nous avez donné, et pour
le très grand honneur que vous m'avez
fait en acceptant la présidence de cette
thèse.

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, l'attention a été attirée sur la fréquence relative de l'invagination intestinale chronique de l'adulte.

L'intérêt que beaucoup d'auteurs ont apporté à cette question est tout à fait légitime, surtout en raison de la difficulté du diagnostic clinique. La radiographie, depuis Muff (1919), a permis, dans de nombreux cas, non seulement la confirmation du diagnostic, mais encore la possibilité de découvrir à elle seule l'invagination. Les chances de guérison avec un traitement bien appliqué en sont donc considérablement augmentées.

Tous ces arguments nous ont donc sollicité à faire une étude d'ensemble de l'invagination intestinale chronique de l'adulte.

Après avoir étudié l'étiologie et la pathogénie de cette affection, nous insisterons sur les symptômes en les classant le mieux possible; nous nous arrêterons assez longuement sur la radiographie qui, à notre avis, nous ouvre bien des horizons quant au diagnostic; enfin, nous terminerons après avoir passé en revue les divers modes de traitement.

Le médecin y trouvera quelques conclusions pratiques qui lui permettront de mieux dépister l'invagination intestinale chronique de l'adulte, d'en faire un diagnostic précoce, afin que le chirurgien ait le maximum de chance de succès lorsqu'il interviendra.

DEFINITION

L'invagination, encore appelée intussusception, est la pénétration d'un segment intestinal dans le segment sous-jacent, ou, pour reprendre la comparaison imagée de Cruveilhier, un doigt de gant partiellement engainé par lui-même. Elle se présente dans deux conditions différentes :

Dans la première enfance, avant un an, elle réalise le tableau clinique de l'invagination intestinale aiguë primitive du nourrisson.

Dans la deuxième enfance ou chez l'adulte, si elle affecte parfois une forme aiguë, elle revêt plus souvent un aspect chronique, généralement secondaire à une lésion intestinale antérieure.

Ordinairement, le segment supérieur s'invagine dans l'inférieur, et l'invagination est alors descendante. Dans le cas contraire, qui est l'exception, elle est dite ascendante ou rétrograde.

L'invagination est constituée par trois cylindres : Un externe invaginant, la gaine, un moyen et un interne invaginé. L'ensemble des deux cylindres interne et moyen forme le boudin d'invagination, dont l'extrémité avancée dans la lumière intestinale est la tête; le collier ou collet siège au point de réflexion du cylindre externe dans le moyen. Le mésentère est entraîné entre le cylindre externe et le cylindre moyen.

Les variations portent :

- 1° sur le nombre des cylindres, invagination double ou triple;

2° sur le sens de l'invagination descendante ou ascendante.

Le siège habituel est la portion iléo-cæcale; on en rencontre deux types. Le plus fréquent est l'iléo-cæcal, qui groupe à lui seul 82 p. 100 des cas; l'iléon est attiré dans le côlon ascendant; la tête est formée par la valvule de Bauhin; elle s'avance sans se modifier, tandis que le côlon se déroule. Le deuxième type (11 à 25 p. 100 des cas, suivant les auteurs) est l'invagination iléo-colique: l'iléon s'invagine à travers la valvule et progresse dans le côlon ascendant, qui reste fixe; la tête iléale se déroule progressivement, le collier restant tantôt fixe, tantôt mobile.

Les autres types cæco-colique, iléo-iléal, colo-colique sont exceptionnels.

CAUSES DE L'INVAGINATION INTESTINALE DE L'ADULTE

Nous diviserons l'étiologie de l'invagination intestinale de l'adulte en causes connues et en causes inconnues.

Dans la moitié des cas environ, nous trouvons les tumeurs de l'intestin, bénignes ou malignes (tissu fibreux pur, des fibromyxomes, des adénomes, des myomes, des polypes, des lipomes, des épithéliomas).

Certains auteurs signalent aussi comme cause d'invagination la présence, dans le boudin invaginé, de corps étrangers ou bien de parasites intestinaux (*ascaris*, *trichocéphales*), tel le cas de Petrowitch et de Dawidovitch.

A côté des tumeurs, nous rangerons certaines lésions siégeant au niveau de l'intestin, lésions qui, par les réactions qu'elles sont capables de produire au niveau de cet organe engendrent l'intussusception; c'est ainsi que Brodersen insiste sur l'hypertrophie des plaques de Peyer.

Comme autres causes inflammatoires, signalons les ulcérations dues à l'entérite ou à la tuberculose; enfin, les lésions du plexus de Meissner et d'Auerbach.

Les purgations fréquentes, de même que le contenu intestinal, peuvent produire des traumatismes microscopiques qui jouent aussi leur rôle, comme nous le verrons à propos de la pathologie.

Etudions les causes favorisantes et plaçons en premier lieu les prédispositions anatomiques, telles que la diminution du calibre intestinal, l'inversion de l'appendice et du diverticule de Meckel, la longueur exagérée du mésentère.

Leriche et Cavaillon pensent que ce n'est pas tant la longueur du mésentère que le non-accolement du côlon qui favorise l'invagination.

En résumé, dans 50 p. 100 des cas, la cause de l'invagination est déterminée; dans le reste des cas, on ne trouve rien. On invoque alors, comme explication, des conditions pathologiques ou physiologiques qui augmentent le péristaltisme intestinal, par exemple la spasmophilie, les états névropathiques, les purgations violentes, l'absorption de liquides froids, les boissons glacées, les repas trop copieux.

PATHOGENIE DE L'INVAGINATION INTESTINALE DE L'ADULTE

Etant donnés les renseignements que nous avons recueillis sur l'étiologie de l'invagination intestinale chronique, essayons d'en expliquer le mécanisme.

L'engagement de l'anse est le temps principal qui permet à l'intestin sus-jacent de pénétrer dans sa partie sous-jacente, d'y pénétrer si peu que ce soit, mais suffisamment, comme l'énoncent Brocq et Gueullette, pour que les parois de l'une aient perdu leurs rapports normaux vis-à-vis des parois de l'autre.

Cruveilhier pense que la contraction normale ou anormale est capable à elle seule de produire l'engagement de l'anse.

Besnier, dans un autre ordre d'idées, explique le désordre anatomique par une simple action mécanique; le poids d'une tumeur entraînerait le segment sus-jacent dans le segment situé au-dessous, et s'il n'y a pas de tumeur, par la pénétration d'une portion rétrécie de l'intestin dans la portion voisine.

Cyring, chirurgien allemand, rapporte le cas d'un homme ayant une large plaie du mésentère avec section d'un tronc artériel important, dans le territoire duquel on notait une invagination iléale, ce qui laisse à penser que l'invagination était due à des lésions des plexus nerveux mésentériques, périvasculaires.

A notre avis, la tumeur intestinale agit comme un corps étranger que l'organisme cherche à expulser.

Prenons le cas d'un polype pédiculé; l'intestin, par ses mouvements péristaltiques, diminue son calibre et produit des tractions sur le pédicule de la tumeur, pédicule qui entraîne avec lui un intestin de calibre inférieur au segment qui lui fait suite; l'amorce de l'invagination vient de se produire.

Quand il s'agit d'ulcération minime de l'intestin, cette ulcération agit sur les muscles intestinaux à la façon de l'ulcus sur la musculature gastrique ou de la fissure sur le sphincter anal.

Enfin, au niveau de la terminaison du grêle, un spasme très léger amorce l'accident et le jeu inverse des mouvements péristaltiques du gros intestin déclenche l'engagement au niveau du spasme, c'est le *mascaret* décrit par Ombredanne. Ce spasme survient, comme nous l'avons vu, dans des conditions physiologiques, lorsque l'intestin est hyperexcité par des médicaments purgatifs répétés, ou dans certains états pathologiques, comme dans la spasmodophilie, et chez certaines personnes particulièrement nerveuses.

L'amorce de l'engagement s'étant produite, l'invagination progresse, et cette progression se fait aux dépens de la gaine par enroulement au niveau du collet, tandis que la tête du boudin reste fixée dans la majorité des cas. C'est à ce moment qu'intervient non pas la longueur du mésentère, mais plutôt le non-accolement. Pourtant Cassanello avait remarqué que, même avec un côlon fixé, la progression pouvait se faire et que les tractions répétées sur le péritoine pariétal créent peu à peu un méso secondaire à quatre feuillets, phénomène qui supplée à l'absence de mobilité. A mesure que l'invagination se précise, la longueur du mésentère diminue, le boudin est attiré vers la ligne médiane contre la paroi abdominale postérieure, les vaisseaux sont étirés, mais cela n'empêche pas la progression, qui se fait alors au niveau du pédicule par des tassements et des plissements des nouveaux segments de la paroi invaginée, suivant le mode décrit par

Alglave dans les *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris* (1910).

A ce stade, la désinvagination est possible et se produit très souvent dans l'invagination intestinale de l'adulte; elle répond au type clinique de bon nombre de malades qui font de temps à autre, à l'occasion d'excès alimentaire ou d'excitation intestinale exagérée et passagère, une invagination qui se réduit spontanément. Cela expliquerait la périodicité des légers accidents que nous décrirons dans la symptomatologie.

Supposons qu'il n'y ait pas désinvagination, l'œdème, par gêne de la circulation de retour, augmentera le volume du boudin et arrêtera sa progression. L'intestin enflammé contractera peu à peu des adhérences, et nous arriverons précisément au stade de ces invaginations où la désinvagination par lavement ou par taxis intrapéritonéal est possible sur un certain segment, mais n'est jamais complète.

Les accidents aigus débutent surtout avec les phénomènes inflammatoires qui se passent au niveau du collier et du boudin; les ganglions mésentériques coincés se tuméfient; la hernie entérique est non seulement irréductible, mais elle est étranglée (John Gay). La production de l'étranglement est en général tardive, elle est rarement complète, parfois manque tout à fait.

Quelquefois, le boudin sphacélé peut se détacher et être éliminé par l'anus, mais la plupart du temps l'intestin se perforé; le péritoine, devant la septicité des liquides s'échappant de la brèche intestinale, est inhibé, il ne réagit pas. La péritonite se généralise. L'état général s'altère. La mort survient si le chirurgien n'intervient pas.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'INVAGINATION CHRONIQUE

Quand la réduction de l'invagination est possible, les lésions anatomiques sont pour ainsi dire inexistantes. Il n'en est pas de même lorsque la hernie est irréductible.

Au niveau de la gaine, on pourra apprécier l'hypertrophie œdémateuse de ses parois, l'existence d'infiltrations sanguines et des ulcérations.

Au niveau du boudin, on observe des lésions œdémateuses plus ou moins prononcées. Les parois intestinales sont épaissies. La présence de taches brunes ou violettes indiquent que le sphacèle a commencé.

Entre le cylindre moyen et la gaine, on observe rarement d'adhérence, mais plutôt une interposition de fibrine.

C'est au collier qu'au point de vue anatomo-pathologique, on observe les lésions les plus accentuées.

La gangrène débute au niveau du collet, s'étend au boudin, et celui-ci peut être éliminé. Le méso et les ganglions mésentériques s'hypertrophient, il y a de nombreuses adhérences entre le collet et la paroi du segment invaginé. Les hémorragies sous-muqueuses, de même que les ulcérations superficielles, sont très importantes; finalement, l'intestin se perforé et laisse échapper dans l'abdomen des liquides très septiques. L'examen microscopique de ces liquides permet de mettre en évidence du streptocoque et de l'entérocoque dont les toxines sont très virulentes et hémolysantes. Les produits de la digestion et les poisons autogènes du tube intestinal au-dessus de l'invagination sont aussi très toxiques, comme les expériences de Charles Richet l'ont si bien démontré.

SYMPTOMATOLOGIE DE L'INVAGINATION INTESTINALE CHRONIQUE

La symptomatologie est réduite surtout si au syndrome fonctionnel ne s'ajoute pas la perception au travers de la paroi abdominale d'une tumeur constituée par le boudin. D'où les nombreuses erreurs de diagnostic.

Parmi les signes fonctionnels que nous allons signaler, deux d'entre eux, à notre avis, sont les plus importants et doivent être bien étudiés; nous voulons parler de la douleur et des troubles digestifs.

La douleur abdominale revêt plusieurs aspects. Au point de vue de son apparition, elle est tantôt brusque, tantôt progressivement croissante, mais elle est toujours assez vive, prend le type de coliques intestinales, de torsions, peut même s'exagérer en paroxysmes suivis de bruits de glou-glou, comme chez notre quatrième malade. Cette douleur, suivant son siège, peut s'irradier dans les lombes, vers l'ombilic et quelquefois vers les testicules.

Elle peut être calmée par les attitudes particulières que peuvent prendre les malades. Certains sont soulagés s'ils se plient en deux, d'autres, en exerçant des pressions avec leurs deux poings sur la région abdominale.

Quand le boudin atteint le rectum, les malades se plaignent de ténésme, et ce signe doit imposer le toucher rectal, qui permet alors de faire le diagnostic.

Cette douleur survenant par crises, accompagne souvent le syndrome de Kœnig, qui est caractérisé par des douleurs abdominales et par un léger ballonnement; puis, apparition

de nombreux gargouillements; enfin, sédation bruyante des douleurs, s'accompagnant d'évacuations alvines abondantes. Entre ces périodes douloureuses, notons la possibilité d'intervalle libre de plusieurs jours à plusieurs mois.

Troubles digestifs. — Leur principal caractère est celui de leur évolution. La plupart des malades viennent consulter pour des périodes de constipation opiniâtre et douloureuses, suivies de débâcles diarrhéiques importantes, abondantes et fétides; entre ces crises, où le fonctionnement intestinal est troublé, les malades spécifient qu'ils restent très bien portants, ils ont des garde-robe journalières tout à fait normales. Comme nous l'avons indiqué dans la pathogénie, ces périodes correspondent sans nul doute à l'amorce d'invagination amenant des spasmes réflexes, cause de la constipation et de la subocclusion, puis la désinvagination spontanée se produit et tous les troubles cessent alors.

Si l'invagination est constituée et irréductible, les crises que nous avons décrites correspondent à des poussées œdémateuses plus importantes; la hernie entéritique s'étrangle.

La selle sanglante, qui est le maître symptôme de l'invagination aiguë de l'enfant, est rare chez l'adulte. Nous l'avons pourtant observée dans quatre de nos observations.

Gernez l'avait fait remarquer dans un rapport à la Société de chirurgie de Paris en 1925 : « Plus l'invagination se produit à un âge avancé, moins on constate le signe pathognomonique de la selle sanglante. »

Ce sang, en très petite quantité, sera mis en évidence par l'examen microscopique des selles ou par réactions chimiques spécifiques.

Les vomissements. — Les vomissements alimentaires accompagnent souvent ces crises. Déjà les vomissements bilieux dénotent l'intoxication de l'organisme; quant aux vomissements de sang, ils sont encore plus tardifs et indiquent une invagination haut située (par exemple invagi-

nation du jéjunum dans l'estomac après gastro-entérostomie). Il ne faudra jamais attendre les vomissements stercoraux pour intervenir, car ils traduisent l'approche de la mort.

Examen du malade pendant la crise. — Son facies est pâle; son pouls est petit et fréquent. Le malade, restreignant son alimentation par inappétence ou par peur des douleurs, devient asthénique et même se cachectise; de plus, la résorption des poisons intestinaux l'intoxique peu à peu.

A l'examen de l'abdomen, on peut trouver quelquefois du ballonnement, mais ce n'est pas la règle; la contracture, que l'on pourrait apprécier à la palpation, est encore moins fréquente que le ballonnement.

La palpation de l'abdomen révèle, dans la moitié des cas environ, la présence d'une tumeur intra-abdominale, et cette tumeur devra aiguiller vers le diagnostic de l'invagination intestinale de l'adulte.

Le malade peut lui-même indiquer qu'il sent dans son abdomen une tumeur douloureuse.

La tumeur, introuvable au cours d'examens renouvelés, peut apparaître subitement à l'occasion de poussées douloureuses répétées; si elle est petite et la paroi abdominale épaisse, on devine les difficultés que l'on a à la sentir; si elle n'est pas palpable dans le décubitus dorsal ordinaire, on peut faire prendre au malade certaines positions (Trendelenburg, par exemple).

Quand cette tumeur est hypogastrique ou péri-ombilicale, l'invagination siège plutôt sur le grêle, tandis qu'elle se trouve dans les fosses iliaques ou dans les hypocondres quand c'est le gros intestin qui est invaginé. Le toucher rectal ou le toucher vaginal ont permis dans quelques cas de déceler l'intussusception dans le Douglas, alors que la palpation abdominale était négative.

Un caractère important de cette tumeur est sa mobilité, à moins qu'elle siège sur un côlon normalement accolé,

ou quand il y a des adhérences. Cette mobilité est active et la palpation de l'abdomen la percevant tel jour dans la fosse iliaque droite par exemple, la découvrira le lendemain dans la région sous-hépatique, et Brock dit avec juste raison : « Penser à l'invagination quand on est en présence de ces tumeurs mobiles imposant un diagnostic nouveau chaque jour. »

La palpation de la tumeur la révélera, soit petite, soit volumineuse, dure ou molle, régulière ou irrégulière, douloureuse ou indolore.

Quelquefois, on sera frappé par ce fait qu'au cours d'un examen elle durcit sous le doigt en même temps que le malade accuse d'assez vives douleurs; elle s'anime de véritables mouvements de reptation avec des changements de volumes. La cause de ce phénomène résiderait dans la tonicité de la musculature intestinale. Il n'est pas rare de voir disparaître la tumeur au cours de l'examen, alors que se manifestent des gargouillements (Goodall).

Si le boudin d'invagination ayant parcouru le cadre colique arrive au niveau du côlon sigmoïde ou du rectum, le toucher rectal peut le palper et donner au doigt la sensation d'un col utérin. Dans quelques cas de formes basses d'invagination, le boudin peut franchir le sphincter anal à l'occasion des efforts de la défécation et peut être visible. Dance a signalé que lorsque le segment iléo-cæcal a quitté sa position normale, on peut, à la palpation abdominale, avoir une sensation de dépressibilité toute spéciale. Enfin, dans quelques cas assez rares d'ailleurs, on note la présence d'ascite.

Quand l'invagination arrive au stade d'occlusion aiguë et de péritonite, les symptômes précédents se modifient et le diagnostic étiologique devient très difficile.

EVOLUTION ET DIAGNOSTIC DE L'INVAGINATION INTESTINALE

L'évolution de l'invagination intestinale de l'adulte est essentiellement variable et peut se chiffrer en mois, en années.

La chose sur laquelle nous insisterons est la périodicité des crises se caractérisant par des périodes douloureuses de constipation se terminant par des débâcles diarrhéiques, crises séparées par des intervalles de bonne santé, mais se rapprochant de plus en plus, pour aboutir enfin à la subocclusion.

Les douleurs abdominales augmentent en intensité et en durée, le malade est anorexique, il maigrit, s'affaiblit, se cachectise.

Souvent on les a traités pour des entéritiques ou des dysentériques. On porte aussi le diagnostic de cancer des côlons ou de tuberculose cœcale.

L'horaire des douleurs et leur caractère peuvent en imposer quelquefois pour un ulcère de l'estomac; la tuberculose hypertrophique du côlon transverse était le diagnostic qu'avait posé Lafourcade (de Bayonne) dans l'observation qu'il a présentée à la Société de chirurgie de Paris en 1912; il s'agissait d'une invagination intestinale chronique de l'adulte due à une sténose de la valvule iléo-cœcale.

La tumeur a pu être palpée une ou plusieurs fois et, suivant son siège, on a pu la prendre pour une vésicule, un rein, un foyer d'appendicite, un kyste de l'ovaire.

Witt Stetten, en 1909, cite le cas d'un malade qui fut amené dans un hôpital de New-York pour un prolapsus du rectum; pendant les efforts de la défécation, une masse grosse comme le poing et recouverte de muqueuse, sortit de l'anüs. La masse était pleine, lobulée, et possédant un pédicule long et gros; on pensa à un polype du sigmoïde, alors qu'il s'agissait d'une invagination iléo-cæcale. Après résection, on découvre, comme cause d'intussusception, un myome sous-muqueux.

Bien rarement, comme nous l'avons déjà noté, si des vomissements de sang surviennent, en particulier dans les invaginations du jéjunum par la bouche de gastro-entérotomie, on songe à une perforation d'ulcère peptique, car les hématomésos sont très fréquentes dans ce cas.

LA RADIOLOGIE DANS LES INVAGINATIONS CHRONIQUES

Le diagnostic clinique de l'invagination est très difficile; aussi, en présence d'un malade chez lequel on soupçonne une affection du tractus intestinal et quand l'évolution des lésions ne s'y oppose pas, nous devons nous adresser à un moyen de diagnostic des plus importants : la radiologie.

On comprend très bien qu'un diagnostic précoce ait une grande importance, car, dans bien des cas, la cause de l'invagination intestinale chronique de l'adulte réside dans la présence de tumeurs malignes, et il va de soi que la chance d'une exérèse complète, et par conséquent de la guérison, réside uniquement dans la rapidité du diagnostic et du traitement; de plus, les invaginations chroniques aboutissent tôt ou tard à des phénomènes d'obstruction aiguë, et à cette période les altérations locales et les signes d'intoxication sont tels, que les résultats de l'intervention sont très aléatoires.

Avant d'entrer dans l'étude quasi complète des données radiologiques de l'invagination intestinale chronique, faisons un court aperçu de l'histoire de la question.

Le premier travail semble être celui de Lehman à propos d'une invagination chronique, colique.

L'étude la plus remarquable a été publiée en 1919 par Muff, dans le *Brunnsbeitrag Zur Klinische, Chirurgie*.

Le 9 avril 1929, à la séance de la Société de radiologie médicale de France, MM. Gosset, Leroux, Lebard, Garcia, Calderon, rapportèrent une magnifique observation.

A noter aussi les importants travaux de Brocq, de Gueullette et de Pouliquen; enfin, les thèses de Louis Cadillac (Paris, 1932) et de Jean Moro (Paris, 1933).

Nous basant sur ces travaux, passons à l'étude radiologique de l'invagination intestinale chronique de l'adulte et essayons d'en tirer des règles pratiques.

Des travaux expérimentaux de Brocq et Gueullette, qui ont essayé de fixer l'image type de l'invagination, puis de retrouver et de souligner sur les radiographies faites sur le chien chloralosé les détails importants obtenus avec la première série d'expériences, nous tirerons ces quelques conclusions :

Après lavement baryté, si la colonne opaque s'arrête suivant une ligne régulièrement concave, moulant une zone claire convexe portant parfois elle-même en son axe un défilé obscur plus ou moins sinueux, ou quand un segment intestinal semble manquer, on est en présence d'invagination intestinale.

Ces travaux, bien qu'expérimentaux et faits dans certaines conditions, ont tout de même leur importance, et nous verrons que dans certains cas les images typiques que nous avons décrites se retrouvent sur des radiographies humaines.

Le liquide opaque permettant la fixation des images radiologiques sur l'écran sera donné, soit par ingestion, si le malade n'est pas trop fatigué, soit par lavements; nous conseillerons plutôt la combinaison des deux procédés.

Le lavement, à lui seul, a de réels avantages pour les invaginations intéressant le cadre colique, mais n'apporte aucun renseignement pour le diagnostic d'invagination iléale pure. La baryte peut même, dans certains cas, amener une réduction si facile, que l'on peut méconnaître, à l'examen sous écran, la présence de l'obstacle que progressivement on repousse, et croire simplement à une progression lente du lavement dans les segments du côlon.

Etudions en premier lieu les résultats de l'examen radiologique par lavements.

On donnera un lavement contenant 250 grammes de gélo-

baryne, pour un litre d'eau tiède; se servir pour cette administration de la canule spéciale de Pouliquen; afin d'éviter le reflux, cette canule porte un ballon dilatable analogue à celui de la sonde de Chevassu.

Le réservoir sera placé à une hauteur de 50 centimètres environ. On examinera sous écran la progression du liquide.

Le liquide opaque arrivant au niveau de la tête du boudin s'accumule peu à peu, et on assiste à une dilatation considérable du cadre colique. C'est la distension en amont de l'obstacle.

Des spasmes intenses au-devant de la partie dilatée peuvent réaliser l'apparence d'un rétrécissement ou d'une stricture plus ou moins étendue. « *La baryte, comme le dit Louis Cadillac, ne semble pas tomber à son aise dans la cavité préparée. Elle progresse lentement et l'invagination qui recule peu à peu, freine la progression du lavement.* »

A mesure que la pression du liquide opaque croît à l'intérieur du côlon, la baryte s'insinue entre l'enveloppe externe de l'invagination et le boudin, sous forme d'une lame mince.

La désinvagination par lavements ne peut se produire que dans certaines conditions, et surtout quand il n'y a pas d'adhérence entre le collet et l'intestin sus-jacent à l'invagination. Dans les cas, d'invagination *iléo-cæco-colique*, ou *cæco-colique* simplement, où il persiste cette invagination résiduelle, le fond du *cæcum* est occupé par une lacune : c'est la *lacune d'invagination*.

Cette lacune a des dimensions variables qui dépendent naturellement de la longueur du boudin. Sa direction est rectiligne quand le boudin est court, coudée en baïonnette quand celui-ci est long.

Elle se présente dans certains cas avec des contours réguliers limitant une plage claire, peut apparaître segmentée en un certain nombre de tronçons par des interstices imprégnés de baryte, peut donner, comme le signale Cadillac, l'impression de moellons pyramidaux ou trapézoïdes juxtaposés, comme le sont certains calculs volumineux dans la vésicule biliaire.

Ces différentes images sont dues à des plis muqueux transversaux qui collerettent à différents étages le boudin invaginé et peuvent évoquer l'idée de concrétions stercorales.

A côté de ces images, on pourra avoir l'*aspect d'amputation*, variant suivant l'incidence sous laquelle le boudin se présentera à l'observateur.

Suivant le degré de striction de l'invagination, la baryte s'étalera autour de la tête du boudin et s'insinuera plus ou moins dans les interstices situés entre le boudin et la gaine intestinale qui le loge.

Les aspects radiologiques sont alors les suivants : *Aspects en cupule ou en croissant à concavité se moulant sur la tête du boudin comme dans le premier examen radiologique après lavements chez les malades n^{os} 4, 5, 6.*

Aspect de Fourche, si la baryte s'insinue encore plus profondément.

Sous l'effet de la pression du lavement, le liquide pourra pénétrer dans la lumière du boudin, chose qui est rare dans les invaginations iléo-cæcales, mais plus fréquente dans les colo-coliques. Si cette pénétration s'effectue dans la lumière interne du boudin, on a alors l'aspect en *trident*, en clou, en ombrelle. Quand l'incidence n'est plus exactement de profil, on a des images en *rosace*, à contours irréguliers, ou des images en *cocarde* dans les vues de face.

Si la bouillie a rempli tout le sillon, on voit apparaître sur l'écran un *centre blanc*, quelquefois strié, circonscrit par un liséré noir (cas de Bouliquen); cet aspect est d'ailleurs très rare. Notons que bien des images présentent des aspects intermédiaires à ceux décrits plus haut.

Des auteurs étrangers ont signalé dans le cas d'invagination intestinale chronique de l'adulte de nombreuses causes d'erreurs. Les principales sont : la tuberculose du cæcum, la tuberculose péritonéale avec brides intestinales, la dysenterie, les tumeurs stercorales.

Il y a aussi des facteurs qui viennent gêner l'observateur, en particulier une anse longue du sigmoïde fortement déjetée à droite et faisant croire à un remplissage du cæcum.

La rupture intestinale peut s'observer quand le lavement est donné sous une trop forte pression et lorsque l'invagination est serrée, ancienne, ou encore quand la gaine présente des lésions de sphacèle.

Etudions maintenant les aspects radiologiques après l'ingestion barytée.

L'horaire du transit est variable avec le siège de l'invagination. Donc, faire des examens répétés dès que le liquide opaque a franchi le pylore et le duodénum.

De plus, les aspects radiologiques sont essentiellement variables; pas un seul cliché ne ressemble à l'autre; ce serait un premier signe d'invagination.

Stierlin avait décrit un syndrome caractérisé par certaines anomalies siégeant au niveau du côlon et qu'il croyait être un signe caractéristique de la présence d'ulcérations tuberculeuses. Ce syndrome de Stierlin consiste :

- 1° En une stase dans la partie terminale du grêle;
- 2° Le remplissage est incomplet au niveau de la lésion;
- 3° Il y a évacuation précipitée d'une partie de la baryte dans le côlon transverse et dans le côlon descendant.

Or, L. Cadillac signale ce syndrome dans un cas d'invagination intestinale cæcale; il ne serait donc pas l'apanage des ulcérations tuberculeuses cæcales.

Les images radiologiques dans l'invagination intestinale chronique de l'adulte se caractériseraient par une traînée centrale étroite, à bords rectilignes, correspondant à la lumière du grêle. Cette traînée est encadrée par le cylindre moyen représentant l'enveloppe du boudin, qui porte ici, comme dans l'image obtenue après lavement, une ou plusieurs rainures transversales. Le cylindre externe est également tapissé de baryte, laquelle révèle une tunique plissée, car le boudin avance non pas tant en déroulant les parois coliques qu'en les tassant et en les plissant comme un soufflet de wagon ou encore comme un accordéon (Muff).

Il y a quelques années, Brocq et Gueullette n'avaient trouvé que deux clichés intéressants sur plus de cent malades atteints d'invagination chronique; ils disaient, en effet, que c'était bien peu si l'on songeait à l'appui que de telles images pouvaient apporter à un diagnostic hésitant.

A l'heure actuelle, comme en font foi trois de nos observations, nous pouvons dire que la radiologie a pris une place de tout premier plan dans le diagnostic de l'invagination chronique et que peut-être, plus souvent appliquée selon les techniques que nous venons de donner, elle rendrait l'invagination plus commune.

TRAITEMENT DE L'INVAGINATION INTESTINALE CHRONIQUE DE L'ADULTE

Suivant les époques, divers traitements de l'invagination intestinale ont été institués. Il vient en premier lieu :

1° LES INSUFFLATIONS ET LES INJECTIONS FORCÉES. — Nous dirons simplement que ce sont des manœuvres dangereuses et inutiles.

2° LA DÉSINVAGINATION. — Après laparotomie et en présence d'une invagination que l'on aura judicieusement reconnue à l'intervention si le diagnostic clinique n'a pas été fait, on tente la désinvagination. Pour ce faire, il faut savoir quel est le siège exact de cette invagination et, si la tumeur est postérieure, pratiquer le décollement colo-pariétal (Abadie, Georgescu); ensuite, bien repérer la disposition souvent complexe des divers segments intestinaux qui sont turgescents et distendus.

La désinvagination consistera alors à refouler par des malaxations la tête du boudin invaginé. C'est aussi ce qu'on appelle le *dérroulement* par expression. Nous insisterons sur un point très important : il ne faut pas tirer sur les deux extrémités de l'invagination, sinon on produit des lésions très graves de l'intestin.

En somme, la *désinvagination* doit être une *manœuvre de douceur et de patience*.

Quand la désinvagination a été pratiquée, il faut avoir soin de bien examiner l'état de l'anse désinvaginée; si on trouve à son niveau des lésions indiquant que la nécrose a commencé, faire la résection de cette anse. Il faut aussi rechercher quelle est la cause de l'invagination qui peut être soit un

polype, un rétrécissement d'origine néoplasique, des lésions tuberculeuses, la mobilité anormale du côlon, l'inversion de l'appendice ou du diverticule de Meckel, toutes causes qui ont été étudiées dans l'étiologie de l'invagination. Si on ne trouve rien d'anormal, on referme la paroi abdominale non sans avoir par quelques points fixé le côlon à la paroi postérieure, ce qui permet d'éviter la récurrence de l'invagination.

3° L'ANUS CONTRE NATURE. — Avant que le procédé de Barquer fût connu, c'était la seule ressource de traitement à opposer à l'iléus.

On faisait soit l'entérostomie de Nélaton au-dessus du collet, soit l'anus après résection et abouchement des deux bouts à la peau, soit encore l'anus au-dessus du collet après extériorisation de l'anse invaginée.

C'était une opération palliative, car l'anus ne combat que l'obstruction intestinale, mais le péril persiste toujours au niveau de la gaine et du collet; seul l'état du malade pourrait commander son indication.

4° L'EXCLUSION DE L'ANSE INVAGINÉE. — MM. Terrier et Gosset, Le Dentu, Drucbert, Hartmann, Delore et Patel-Lance. — On peut employer ce procédé quand la résection de l'anse est impossible. Il ne faut pas oublier que si dans l'invagination aiguë les lésions sont les plus marquées au niveau du collet, dans l'invagination chronique c'est à la gaine qu'elles sont les plus apparentes. En empêchant l'afflux des matières fécales dans cette portion de l'anse, on détruit du même coup un des facteurs les plus importants de l'ulcération : l'infection. Mais nous devons ajouter que les causes de la gangrène ne sont pas toutes éliminées; de ce fait, cette opération ne peut être que palliative.

Hochenegg avait ajouté à ce procédé l'abouchement double de l'intestin, chose qui permet de faire des lavages fréquents de l'anse exclue.

Le procédé du tout-à-l'égout, du tout à l'intestin, de Montprofit, est l'exclusion de l'anse invaginée avec abouchement à la peau.

5° ENTÉRO-ANASTOMOSE DE CATHERINA. — C'est une méthode temporaire et d'exception. La bouche peut s'obstruer du fait de la progression de l'invagination ou encore que du fait d'une désinvagination spontanée et partielle l'entéro-anastomose se coude secondairement. Malgré cela, on a pu avoir des cas de guérison sans récurrence.

A la suite d'iléo-transversotomie pour des invaginations irréductibles, on laisse en place l'invagination constituée et l'évolution septique continue à s'effectuer. Or, personne ne peut savoir quelles sont les lésions évolutives susceptibles d'exister dans le cylindre interne; le mésentère reste coincé entre les deux cylindres, et si l'invagination est avancée, les troubles circulatoires peuvent parfaitement continuer et aboutir à des lésions irrémédiables de l'intestin.

Dans des cas heureux, la désinvagination peut se produire sous l'effet de la dérivation. C'est ainsi que Pauchet a signalé un cas de guérison et Willard 2 cas, par simple iléo-transversotomie. Pour ces 3 cas, il n'y a pas eu de récurrence. La dérivation a donc amené une désinvagination complète et, en mettant l'intestin au repos, a fait disparaître au niveau de ce segment les lésions microscopiques qui étaient à l'origine du spasme provoquant l'invagination.

Avant de parler des méthodes de résection intestinales, nous dirons deux mots du lavement baryté dans la thérapeutique de l'invagination intestinale chronique.

A notre avis, le lavement ne doit être qu'un moyen de diagnostic. Si le liquide opaque produit dans certains cas, bien rares d'ailleurs, la désinvagination, non suivie de récurrences, comme dans l'observation VI, le plus souvent la désinvagination n'est que partielle, pouvant même simuler une réduction totale. On pèse donc tous les dangers ultérieurs qu'une telle erreur peut faire courir au malade, sans compter les dangers immédiats dont il peut être la victime : ruptures intestinales si la pression du liquide opaque dans l'intestin est exagérée.

RESECTION DU BOUDIN INVAGINE A TRAVERS UNE OUVERTURE FAITE A LA GAINE

PROCÉDÉ DE BARKER. — Ce procédé est le premier en date; il a été présenté à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres en 1887. Il s'applique aux cas dans lesquels la désinvagination n'a pu être complète, chose qui est presque la règle dans les invaginations intestinales chroniques.

Nous le décrirons sans entrer dans les détails de techniques opératoires.

Il consiste en quatre temps principaux :

- 1° Suture du collet;
- 2° Incision longitudinale de la gaine;
- 3° Résection du boudin;
- 4° Fermeture de la brèche intestinale.

On lui a apporté certaines modifications; en particulier, nous noterons celle de Paul en 1895.

En effet, quand le boudin invaginé est trop long, et pour rétablir la continuité du canal intestinal, on place un tube d'aluminium servant de soutien à une ligature en masse de l'intestin invaginé et de son mésentère.

Ce procédé de Barker, modifié ou non, ne peut subsister aux critiques. On supprime bien l'intussusceptum, mais le collet persiste; à son niveau, il reste trois cylindres réduisant la lumière intestinale et pouvant être à l'origine de rétrécissement ultérieur par rétraction des cylindres intérieurs se transformant en tissu conjonctif adulte (Gernez).

De plus, la résection de l'intussusceptum se fait en milieu septique; les sutures profondes sont difficiles à placer.

Enfin, s'il y a nécrose de l'intestin, ce procédé ne peut être employé, sinon les suites opératoires présentent une extrême gravité.

En janvier 1896, Widenham et Maunsell, pour pallier justement aux défauts du procédé de Barker, ajoutèrent à la résection à travers la gaine, la résection du collet primitif à travers l'ouverture faite sur cette gaine.

En 1903, au Congrès des naturalistes allemands, Israël Hersfeld indiqua une nouvelle technique de résection du boudin pour éviter la contamination du péritoine par le contenu intestinal lors de la mise en pratique du procédé de Barker; Hersfeld fixe l'anse invaginée au péritoine, comme s'il voulait établir sur elle un anus contre nature. Il fait ensuite l'ouverture de la gaine, puis la résection du boudin. La plaie reste béante. Ultérieurement, il ferme cet anus contre nature établi temporairement; malgré toutes ces précautions, il peut persister des symptômes de sténose intestinale et d'infection.

MODIFICATIONS DE DELORE. — Parues dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* en 1905.

Delore résèque en masse tout le segment invaginé, y compris le boudin et la gaine; il fait donc une entérectomie, mais il éprouve de grosses difficultés. Aussi préconise-t-il le procédé de Barker modifié par Widenham, et, après incision de la gaine, il se débarrasse rapidement du boudin; on gagnerait, dit-il, en aseptie.

Lejars préconisa aussi ce procédé de Barker modifié par Widenham, et quoique moins bien réglé que la résection pure et simple de l'anse invaginée suivie d'entérorraphie, il ajouta qu'il pouvait avoir encore ses indications.

En 1908, Delore et Leriche défendent encore le procédé de Barker et disent que c'est le procédé de choix quand la désinvagination est impossible et que les lésions de la gaine sont inexistantes.

Delore et J. de Girardier, en 1930, apportent certaines modifications à leur procédé de résection du boudin à travers la gaine, à la suite des critiques qui leur ont été faites. Ils changent de gants et d'instrument après le temps septique qui est celui de l'ouverture de la gaine de l'extériorisation du boudin et de la suture du collet.

L'hémostase, ajoutent ces auteurs, est plus simple que dans la résection totale; de plus, il n'y a pas de surface de décollement; enfin, quand la fermeture est terminée, tout est isolé dans la lumière intestinale. Ces auteurs donnent, à l'appui de leurs arguments, cinq observations suivies de cinq guérisons.

Mais ils sont d'avis que lorsqu'il y a trop d'intestin invaginé, on ne peut appliquer cette méthode; de même, elle ne s'adresse qu'aux invaginations essentielles ou quand il s'agit seulement de tumeurs bénignes, le polype par exemple.

Lecène, dans le *Traité de thérapeutique chirurgicale*, trouve ce procédé plus simple que la résection et l'anastomose; mais il ajoute tout de même que le procédé est grave en raison de l'ouverture de l'intestin.

RESECTION DE L'INVAGINATION INTESTINALE DANS SA TOTALITE

Bien étudiée par Gernez, elle présente de nombreuses indications qui sont :

- 1° les contre-indications de la réduction;
- 2° son échec;
- 3° les lésions de la gaine après sa réussite;
- 4° les causes mêmes de l'invagination (le cancer).

La résection présente quand même quelques contre-indications :

- 1° état très grave du malade;
- 2° le siège même de l'invagination (iléo-cæcale proci-dente à l'anus);
- 3° les difficultés dues aux trop nombreuses adhérences de la gaine.

De plus, la résection totale de l'invagination, surtout dans les iléo-cæco-coliques, est grave. La tumeur étant très profondément située, l'extériorisation est difficile; la résection se fait donc dans des conditions très précaires. Le méso étant ramassé au niveau du collier rend l'hémostase difficile et laborieuse; le rétablissement de la continuité est difficile à cause de la profondeur et aussi de la différence de calibre; l'anastomose termino-terminale n'est pas toujours possible et il faut recourir à la termino-latérale par iléo-transverso-tomie.

Malgré cela, c'est le procédé de choix, comme l'énonce le Professeur Guyot en disant *que si la désinvagination prudente par manœuvres intra-péritonéales a échoué, il est préférable de recourir à la résection intestinale.*

Quand on a affaire à une invagination iléo-iléale, on fait la suture termino-terminale. Si, au contraire, il s'agit d'invagination iléo-cæco-colique, après la résection on peut faire des anastomoses termino-terminales; mais ce procédé présente certaines difficultés, en particulier la différence de calibre des segments intestinaux. Il sera préférable de faire des anastomoses latéro-latérales (Desplas et Flandrin).

Pour éviter qu'il se produise de la stase, Gosset préconise l'accolement des anses bout à bout; on coapte les faces mésentériques en plaçant la bouche la plus près de l'anse sous-jacente.

La *résection* peut se faire en un temps ou en deux temps.

La méthode en un temps est sans nul doute la meilleure, comme l'énoncent plusieurs auteurs et comme le prouvent les observations I, III, IV et V.

Si le malade ne peut faire les frais d'une intervention qui est longue, on peut, dans quelques cas assez restreints, comme chez notre malade n° 2, réséquer l'invagination et faire l'anus artificiel dans le premier temps. Puis, dans un deuxième temps, on pratique la cure chirurgicale de cet anus.

En 1932, Brock annonce que pour des cas d'invagination la résection large en un temps lui a donné sur 90 cas opérés 31,1 p. 100 de mortalité; c'est bien peu, si nous comparons cette statistique à celle de Braun en 1880 :

Sur 12 résections, 12 morts.

Quelle est la longueur d'intestin que l'on peut réséquer ?

— Elle est variable suivant les auteurs. Il faut se souvenir que le pouvoir absorbant du grêle diminue depuis le jéjunum jusqu'à l'iléon, d'où la possibilité de résection plus grande sur l'iléon que sur le jéjunum.

Roux (de Lausanne) dit que l'existence serait compatible avec 1 m. 50 de jéjunum et la moitié du côlon.

Le maximum de résection du grêle serait à peu près de 3 mètres, tout dépendant de la longueur de l'intestin, chose qui est éminemment variable.

Quand la résection est trop importante, on peut voir apparaître des troubles graves : diarrhées rebelles, les malades rendent leurs aliments à peine digérés et privés seulement d'une faible portion de leurs principes nutritifs; ils se cachectisent rapidement et la mort survient par inanition.

Pour éviter cette dénutrition, on donne au malade des boissons abondantes et des aliments particulièrement assimilables.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT.)

Invagination intestinale chronique. Large résection intestinale avec iléo-sigmoïdostomie. Guérison depuis treize ans.

Mme R... âgée de 22 ans et mariée depuis un an, me fait appeler, en février 1922, pour des crises de douleurs abdominales violentes. Je la vois, en consultation avec son médecin-traitant, le Docteur Hervé (de Talence). Cette malade raconte qu'elle est réglée régulièrement et qu'elle se porte habituellement très bien. Elle a fait déjà à différentes reprises des crises analogues, mais moins violentes. A l'examen, on trouve de la contracture abdominale s'accompagnant de douleur, avec nausées et vomissements. Par le toucher vaginal, combiné au palper abdominal, on sent une tumeur abdomino-pelviennne siégeant à droite, fixe et très douloureuse, de contours arrondis, qui fait penser à un kyste de l'ovaire tordu.

La malade, transportée à la clinique, est opérée le jour même, sous anesthésie à l'éther Ombrédanne. Le ventre ouvert, on se trouve en présence d'une invagination chronique avec poussée aiguë, mais dans laquelle la désinvagination est impossible. On pratique immédiatement une large résection intestinale portant sur la terminaison du grêle, le cæcum, le côlon ascendant et le côlon transverse. Après fermeture du gros intestin, on pratique une iléo-sigmoïdostomie au bouton, renforcée par une suture séro-séreuse circulaire. Suites normales; la malade quitte la clinique le vingtième jour, en parfait état.

En septembre 1922, étant à Trouville, elle fait des accidents d'obstruction intestinale qui nécessitent une intervention abdominale pratiquée par le Docteur Léo. Celui-ci trouve une bride cicatricielle qui étrangle le grêle et qu'il sectionne facilement.

En février 1925, cette malade revient me voir. Elle a beaucoup maigri, le ventre est ballonné; il y a de l'ascite. Je porte le diagnostic de péritonite tuberculeuse. Ce diagnostic est confirmé par la laparotomie, qui montre de très nombreuses granulations sur le péritoine pariétal et sur le péritoine viscéral. Après avoir évacué l'ascite et fait entrer de l'air dans le ventre, la paroi est refermée sans drainage. Cette malade est soumise au traitement médical, au repos et à l'aération, et au bout de quelques mois elle est complètement guérie, ayant repris 5 ou 6 kilos de poids.

Elle devient alors enceinte et accouche, en décembre 1926, d'une fillette bien constituée.

En mars 1928, deuxième accouchement d'une petite fille bien portante.

A l'occasion d'une troisième grossesse, en août 1934, elle a une présentation vicieuse de l'épaule et fait une déchirure utérine pour laquelle je suis appelé d'urgence, un soir, par mon collègue, le Professeur Péry. Je pratique une hystérectomie abdominale subtotale dont les suites furent tout à fait normales.

Cette malade a été revue le 28 mai 1935; malgré les nombreuses interventions subies, elle jouit d'une parfaite santé et a augmenté de 5 kilos depuis la dernière intervention, pratiquée le 3 août 1934.

OBSERVATION II (Inédite).

(Due à M. le Professeur PAPIN.)

Invagination intestinale chronique de l'adulte.

M. D..., 52 ans, est vu en consultation par le Professeur Papin, avec son médecin, un dimanche matin, pour des accidents d'occlusion intestinale, qui ont commencé il y a deux ou trois jours et qui s'aggravent de plus en plus.

Cet homme, qui voyage beaucoup, a été pris, au cours d'un de ses voyages, la semaine auparavant, de crises de coliques dans le ventre, siégeant au-dessus de l'ombilic et un peu à droite. Ces « coliques » l'ont obligé à s'arrêter tout un jour dans un hôtel; il n'a pas vomi, mais il a eu plusieurs débâcles intestinales importantes, une diarrhée que, de lui-même, il qualifie de « diarrhée noire » et qu'il a attribuée à une indigestion.

Cet incident terminé, il a pu compléter son voyage et rentrer chez lui, il y a quelques jours. Après quatre ou cinq jours de bonne santé, il vient d'être repris du même genre de douleurs abdominales que la semaine précédente, mais sans diarrhée cette fois-ci. Au contraire, il y a actuellement deux jours qu'il n'est pas allé à la selle; son ventre se ballonne et il a des envies de vomir.

A la palpation de l'abdomen, on trouve dans la fosse iliaque et le flanc droit une vague tuméfaction dure et mal limitée, douloureuse à la pression, et que l'on ne peut pas préciser exactement, car la palpation est douloureuse et le malade se défend. L'état général est touché, le facies est un peu jaune; il y a une légère fièvre à 37°4 ou 37°6. Pas d'émission de gaz, ni de matières. Pas d'ascite. Le toucher rectal est négatif.

Antécédents. — Dans l'histoire de cet homme, on note qu'il a été opéré d'une hernie inguinale droite il y a déjà de nombreuses années. Cet antécédent fait songer un instant à la possibilité d'une torsion du grand épiploon resté adhérent à la cicatrice de hernie inguinale.

D'autre part, le malade, interrogé, raconte que la crise de « coliques » avec diarrhée qu'il a eue la semaine précédente au cours de son voyage n'est pas la première de la sorte qu'il ait éprouvée. Depuis plusieurs années, dit-il, il a ainsi de ces crises de coliques généralement accompagnées de diarrhée et qui cessent au bout d'un jour ou deux. La conservation de l'état général, malgré ces accidents répétés, fait qu'il ne s'en est jamais beaucoup préoccupé.

Le *diagnostic* envisage successivement, pour les rejeter, les hypothèses d'appendicite, de torsion du grand épiploon, et s'ar-

rête plus volontiers au diagnostic de néoplasme probable du côlon, lésion la plus courante comme cause d'occlusion intestinale avec accidents à répétition chez un homme de cet âge. Le diagnostic d'invagination chronique ou d'invagination à répétition n'est pas envisagé.

Ces divers diagnostics sont passés en revue, avec le même résultat, par un second chirurgien qui voit également le malade.

Opération. — Rachianesthésie, longue incision de la fosse iliaque droite et du flanc droit qui met à découvert un côlon droit tuméfié, entouré d'adhérences inflammatoires, de coloration violacée très marquée. Il n'existe pas de tumeur ni de néoplasme sur ce cæco-côlon. Mais, en poursuivant l'exploration, on se rend compte que ce qui le distend ainsi est une invagination cæco-colique de la fin du grêle. Assez laborieusement, on extériorise le côlon droit et on résèque la totalité de l'invagination.

Les suites opératoires ont été favorables. L'anus contre nature créé opératoirement a persisté pendant plusieurs semaines; après quoi, on en a fait la cure chirurgicale. Il a fallu plusieurs retouches pour y parvenir définitivement. Le malade a complètement guéri.

Cet homme, revu plusieurs années après, est toujours très bien portant.

L'examen de la pièce opératoire a bien confirmé qu'il s'agissait d'une invagination chronique donnant les accidents à répétition que cet homme accusait depuis plusieurs années déjà et qui ont complètement disparu depuis lors.

OBSERVATION III.

(MM. les Docteurs LEFÈVRE et LAPORTE, présentée à la Société de chirurgie, le 8 mars 1934.)

Invagination intestinale chronique de l'adulte.

G... (Victor), layeur de vitres, âgé de 42 ans, entre à l'hôpital, le 3 janvier 1934, pour une crise abdominale douloureuse,

Les douleurs ont eu un début brutal le 12 décembre dernier; elles étaient violentes, obligeant le malade à se courber en deux et occupaient la région sous-ombilicale; ces douleurs avaient le caractère de coliques et s'accompagnaient de borborygmes. Les jours suivants, apparut une diarrhée persistante, cinq ou six selles par jour, sans méléna ni hémorragies de sang rouge.

La crise douloureuse a duré quelques heures, elle s'est terminée par un vomissement de bile.

Depuis cette époque, le malade se plaint de douleurs subaiguës, toujours à siège épigastrique, sans horaire fixe, et avec, de temps à autre, des vomissements noirâtres. Il rend des gaz, avec parfois quelques difficultés, et son ventre s'est légèrement ballonné depuis le début des accidents.

Antécédents. — C'est un homme qui présente des antécédents chargés; il a eu des bronchites fréquentes et il avoue spontanément un éthylysme marqué. Il a fait un séjour de deux ans et demi dans les Colonies, et a eu du paludisme, mais jamais de dysenterie.

L'interrogatoire nous apprend qu'en réalité, depuis quatre ans, ce sujet présentait des périodes douloureuses, caractérisées par des troubles épigastriques, s'accompagnant de régurgitation, mais ne présentant aucun horaire fixe par rapport aux repas.

Examen. — L'examen de l'abdomen montrait un ventre météorisé, mais souple et dépressible dans toute son étendue. On percevait à la palpation une tumeur de forme ovale, allongée dans le sens transversal et siégeant dans la région épigastrique et dans la région sous-hépatique; cette tumeur avait une largeur d'environ quatre travers de doigt et une longueur de 15 à 20 centimètres. Elle était dure, légèrement sensible à la palpation. Le malade l'avait d'ailleurs constatée lui-même avant son entrée à l'hôpital et il lui semblait que depuis quelques jours elle avait augmenté de volume.

La température était normale et le pouls à 80.

Un examen radiologique du tube digestif fut pratiqué pour déterminer le siège anatomique de cette tumeur et sa nature. Un repas baryté montra que l'estomac avait des parois souples, mais la grande courbure présentait une très large encoche correspon-

dant à la tumeur que l'on palpait, et l'on pouvait se demander par cet examen si l'on avait affaire à une tumeur de la grande courbure de l'estomac ou à une tumeur du côlon transverse qui soulevait cette grande courbure.

Un deuxième examen radiologique, consistant en un lavement opaque, nous permit d'affirmer l'origine colique de la tumeur en montrant un arrêt complet du lavement à la partie moyenne du côlon transverse. Il semblait, sur les clichés, qu'il y avait comme une sorte de boule qui à ce niveau obturait l'intestin.

Opération (10 janv. 1934). — Anesthésie locale qu'on est obligé de compléter par une générale à l'éther. Laparotomie. On trouve un côlon transverse énorme, rouge violacé, oedémateux, avec péricolite intense. On a la sensation d'un énorme boudin et la tuméfaction se continue dans la fosse iliaque où l'on aperçoit le côlon ascendant, énorme, entouré d'une grosse péricolite. On constate alors que l'intestin grêle s'est invaginé avec le mésentère dans le côlon droit.

Résection de la dernière anse grêle et de toute la partie invaginée; anastomose iléo-transverse termino-latérale. Drain et mèche.

On termine l'opération en injectant dans la cavité péritonéale du sérum colibacillaire de Vincent, du sérum antigangréneux, et du bactériophage.

Suites opératoires. — Au point de vue péritonéal, les suites sont parfaites; le malade rend des gaz le deuxième jour et va à selle spontanément le quatrième. Au point de vue pariétal, se produit une infection anaérobie de toute la paroi, avec désunion complète. On la traite par des pansements au sérum antigangréneux; en six jours, se produit l'élimination du sphacèle; le malade guérit sans autre incident et sort de l'hôpital le 27 février 1934.

Examen de la pièce. — On a affaire à une invagination iléo-cæco-colique à trois cylindres, dont la tête d'invagination occupe la partie moyenne du côlon transverse. Les parois des cylindres de l'invagination sont très épaissies et oedématisées; l'appendice a participé à l'invagination, il est, lui aussi, oedématié, mais ne paraît pas malade. La tête de l'invagination est complètement sphacélée; au niveau de la base, les cylindres sont unis à l'intestin

grêle par des adhérences péritonéales très peu résistantes, et au niveau du collet de l'invagination existe une ulcération des parois intestinales avec abcès à germes anaérobies.

OBSERVATION IV.

(Professeur MAURIAC, Docteurs LEFÈVRE, F.-J. TRAISSAC,
et A. LAPORTE.)

Invagination intestinale chronique de l'adulte.

H... (Anatole), jardinier, âgé de 52 ans, entre à l'hôpital, dans le Service du Professeur Mauriac, le 4 décembre 1934, pour des crises douloureuses abdominales.

Histoire de la maladie. — Le début de son affection remonte au milieu de la guerre, en 1916. Il fut pris alors d'une crise douloureuse qui dura deux jours et se termina par une diarrhée sanglante. Il fut évacué une quinzaine de jours et traité par un régime et de la belladone. Il revint au front au bout d'un mois, et quelques mois plus tard il fut pris d'une crise semblable et fut de nouveau évacué.

En 1917, nouvelle crise qui nécessite encore son évacuation.

Donc, pendant toute la durée de la guerre, il eut une crise douloureuse tous les ans qui se termina chaque fois par une hémorragie de sang rouge.

En 1919, le malade est démobilisé et il rentre chez lui. Depuis cette époque, il a présenté une ou deux fois par an une crise douloureuse semblable aux premières. Il a consulté plusieurs médecins qui ont porté le diagnostic d'entérite, d'entéro-colique.

Au mois de novembre 1934, le malade a présenté plusieurs périodes douloureuses, rapprochées les unes des autres, qui l'ont amené à l'hôpital.

Ces crises douloureuses ont toujours le même aspect. Elles débuent brusquement par une douleur au niveau de l'ombilic, qui descend dans le flanc droit et la fosse iliaque droite. Cette dou-

leur n'a aucune irradiation, ni dorsale, ni scapulaire droite, ni génitale; elle est à type de torsion et n'est pas calmée par les diverses positions que peut prendre le malade. La douleur est exagérée par la prise d'aliments, elle dure quelques minutes, puis s'apaise, pour reprendre quelques instants après; elle s'accompagne fréquemment de gargouillements et de bruits hydro-aériques. La période douloureuse dure ainsi cinq à six jours.

Cette crise douloureuse s'accompagne de vomissements, d'habitude bilieux, et pendant toute la durée de la crise l'intolérance gastrique est absolue.

Pendant les deux ou trois premiers jours, la constipation est absolue et le malade ne rend pas de gaz, puis apparaissent des bruits de glou-glou, et il y a émission en abondance de gaz intestinaux. Vers le quatrième ou le cinquième jour se produit une débâcle diarrhéique, avec du sang rouge vif mélangé aux matières, qui sont peu abondantes.

Pendant la crise, il y a un léger ballonnement abdominal.

Entre les périodes douloureuses, le malade est bien portant; de temps à autre, cependant, il présente quelques vomissements et des matières mélangées de sang rouge. Depuis quelques mois, où les crises se sont rapprochées, l'état général a été touché; on note une diminution de l'appétit, de l'amaigrissement, une diminution des forces.

Antécédents. — Cet homme n'a jamais été malade, à part ces crises douloureuses. Durant la guerre, il n'a jamais été en contact avec des coloniaux.

Examen (7 déc. 1934). — A son entrée à l'hôpital, le malade était en crise et on notait, à l'examen de l'abdomen, un ballonnement important siégeant surtout dans la région ombilicale. La palpation de l'abdomen était difficile, le malade se défendait et on percevait, dans la région sous-hépatique, une tumeur ovoïde, du volume d'une orange.

L'examen des autres appareils ne montrait rien d'intéressant, pas d'ascite, rien au cœur ni aux poumons. Le malade vomissait, il était manifestement en état de sub-occlusion; on décida de faire un examen radiologique.

Examen radiologique. — Un lavement opaque pratiqué montra un arrêt au niveau de l'angle hépatique, et sur la radiographie on constatait une image en croissant avec des stries : c'était l'image classique de l'invagination intestinale, dont le lavement en dessinait l'aspect.

Le lendemain, la crise avait disparu; le malade ne souffrait plus, et la tumeur que l'on avait sentie la veille avait aussi disparu. On pratiqua, les jours suivants, un nouvel examen radiologique. Tout d'abord, on pratiqua un nouveau lavement et on put constater que l'arrêt qui avait eu lieu au niveau du côlon droit avait disparu; l'angle hépatique et le côlon droit avaient une image normale, mais l'étude des radiographies révéla cependant, au niveau du bord interne du cæcum, une irrégularité sous la forme d'une amputation de ce bord interne dans la région de la valvule iléo-cæcale.

Cet examen radiologique par lavement fut complété par un examen par voie descendante; on fit absorber de la baryte au malade et on suivit le repas opaque. Cet examen montra simplement une stase iléale assez importante.

Devant les signes cliniques, ces crises de sub-occlusion répétées se terminant spontanément par une diarrhée sanglante, la tumeur fantôme, l'examen radiologique, on conclut à une invagination intestinale chronique et on décida un traitement chirurgical.

Intervention (4 janv. 1934). — Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie latérale droite. On constate une invagination iléo-cæcale qui est amorcée; le côlon droit est très mobile. On fait une hémi-colectomie droite avec anastomose termino-latérale. Drain dans la fosse iliaque droite et suture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires. — Au début, le malade va bien; il fait cependant une petite complication pulmonaire, qui cède en trois jours à un traitement approprié. Le malade va à selle le sixième jour et va parfaitement au point de vue intestinal. Le deuxième jour, on commence l'alimentation normale, mais le seizième jour, après avoir enlevé les points, il fait une éviscération qui est opérée d'urgence, et le malade guérit sans autre incident. Il quitte l'hô-

pital cinq semaines après l'intervention et va parfaitement bien; il ne souffre plus de rien.

Examen de la pièce. — On trouve une invagination de l'iléon dans le cæco-ascendant, qui s'est faite par la valvule de Bauhin. Cette invagination s'est faite sur une tumeur probablement bénigne, qui siège à 2 centimètres de la valvule iléo-cæcale. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de tissus extrêmement enflammés, avec atrophie et désorganisation des diverses couches intestinales. Le prélèvement n'a montré nulle part de néoplasme.

OBSERVATION V (Inédite).

(Due à M. le Docteur LEFÈVRE.)

Invagination intestinale chronique de l'adulte.

M. T..., âgé de 81 ans, m'est adressé, le 13 juillet 1935, avec le diagnostic de cancer du côlon droit.

Voici l'histoire de ce malade.

M. T... a été bien portant jusqu'en mai 1935. Or, il y a trois mois environ, M. T... ressentit une violente douleur dans l'abdomen, à droite, douleur s'accompagnant de vomissements, de ballonnement abdominal et de coliques subintrantes s'étendant de la fosse iliaque gauche à la fosse iliaque droite. En même temps apparaissait de la diarrhée, accompagnée du rejet par l'anus de quelques glaires sanguinolentes.

Il consulte un médecin qui pense à un néoplasme intestinal et conseille un examen radiographique.

Depuis cette époque, le malade présente des crises de douleurs siégeant dans l'abdomen et dans la région sous-ombilicale, douleurs qui vont de gauche à droite, s'accompagnant de la présence d'une tuméfaction abdominale et de bruits de glouglou; et alors qu'auparavant il avait une selle moulée tous les jours, actuellement il présente de la diarrhée persistante.

Ces crises surviennent sans horaire fixe le jour et la nuit.

Depuis deux mois, l'abdomen s'est ballonné, l'appétit a diminué et le malade a maigri de 12 kilos.

En même temps que ces douleurs à siège sous-ombilical, existent des douleurs dans la région lombaire. Après le repas, le malade est gêné par des éructations abondantes.

Examen. — Vieillard de 81 ans qui paraît bien conservé pour son âge. Teint rouge, haut en couleur, mais signes nets d'amaigrissement.

A l'examen de l'abdomen, on note un ventre globuleux; on aperçoit aussi des contractions péristaltiques.

A la percussion, on décèle du tympanisme.

La palpation permet de sentir au travers de la paroi abdominale, dans la région sous-hépatique, une tumeur allongée transversalement, ayant le volume d'un boudin, dont l'extrémité arrondie affleure l'ombilic, tumeur qui est élastique, lisse, non douloureuse, très mobile dans tous les sens. La palpation permet de sentir aussi une distension anormale de la région cæcale.

L'examen radiologique, pratiqué par le Docteur Traissac, montre, après l'ingestion de la bouillie barytée, un léger retard dans l'évacuation du grêle dont les dernières anses sont distendues. Le cæcum n'est pas visible.

A l'examen par lavement opaque, le rectum, l'S iliaque, les trois quarts du côlon ascendant et le transverse se remplissent normalement, mais au niveau du quart droit du transverse, la bouillie s'arrête et s'étale en forme de croissant.

On pose alors le diagnostic d'invagination intestinale chronique, avec peut-être la présence d'un néoplasme au niveau de la tête du boudin.

Le 18 juillet on intervient : Anesthésie à l'éther. Laparotomie latérale droite. Après ouverture de la paroi abdominale, on constate la présence d'une invagination iléo-cæco-transverse, dont la tête arrive jusqu'au niveau de la ligne médiane; on désinvagine légèrement par des malaxations très douces, l'appendice apparaît alors au niveau du collet de l'invagination. Tout le segment de grêle invaginé, de même que le cæco ascendant, présentent un œdème chronique et une vascularisation anormale.

Au niveau de la tête d'invagination, on sent, à travers la gaine, une tumeur dure et irrégulière de tout petit volume.

En face de telles lésions, on pratique immédiatement, après décollement colopariétal, une résection de 25 centimètres de grêle et de toute la partie invaginée jusqu'au tiers moyen du transverse. On fait ensuite l'anastomose iléo-transverse latéro-latérale, puis repéritonisation et enveloppement de sutures dans l'épiploon. Bactécoliphage intrapéritonéal. Drainage par drain.

Examen de la pièce opératoire. — On est en présence d'une invagination cæco-iléo-colique à cinq cylindres (invagination double). Des adhérences ont fixé le collet à la portion susjacente du gros intestin. Les parois des cylindres sont épaissies et œdématisées. L'appendice ne paraît pas malade.

Les causes de cette invagination résident dans la présence d'un néoplasme siégeant au niveau du fond du cæcum et de la base d'implantation de l'appendice. Il se serait fait au niveau du cæcum une première invagination qui s'est fixée par quelques adhérences. Puis une deuxième invagination ayant entraîné dans sa progression la valvule de Bauhin et l'iléon, et tout le cæcum; c'est ce qui explique que nous ayons une invagination double à cinq cylindres.

Examen histologique de la pièce opératoire. — Il s'agit d'un épithélioma cylindrique formé par des cellules à cytoplasme foncé, basophile, à noyaux volumineux, irréguliers, présentant d'assez nombreuses figures de mitose. Ces cellules forment des tubes festonnés, s'orientent autour de cavités, certaines d'assez grande taille, comblées par des polynucléaires et des débris pycnotiques. Il n'y a pour ainsi dire pas de cellules mucipares. La tumeur a envahi les tuniques musculueuses. Stroma très infiltré par des éléments de la série lymphoïde et polynucléaire.

Suites opératoires :

Le 18 au soir : Pouls, 80; température, 37° 6.

Le 19 au matin : Pouls, 70; température, 37° 2.

Le 19 au soir : Pouls, 90; température, 37° 3.

Le malade rend des gaz et va spontanément à la selle.

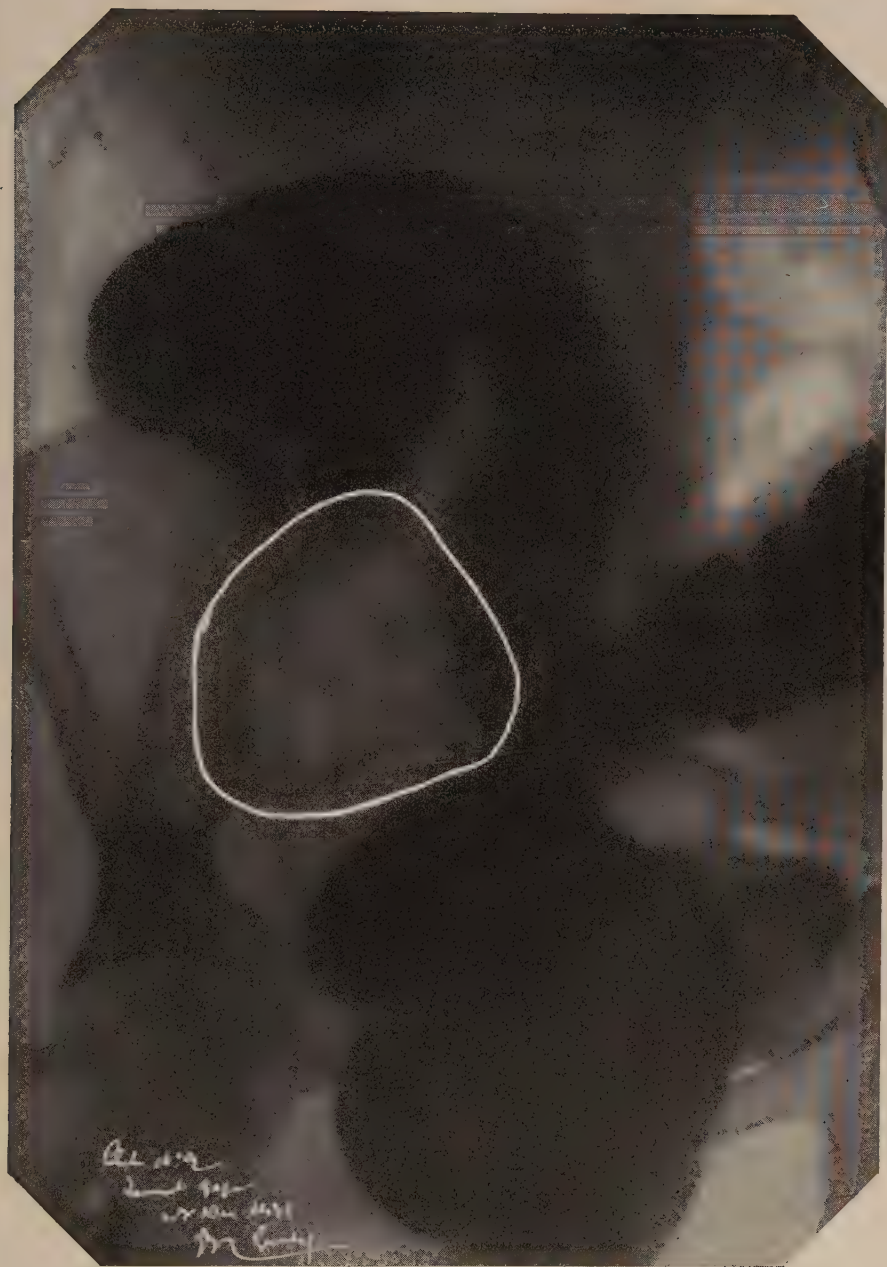
Le 20 juillet : Pouls, 80; température, 37° 1.

Le 21 juillet : Le malade est cyanosé, arythmique; il existe de la matité au niveau de la base droite.

M. T... meurt le 22 juillet.



Invagination iléo-cæco transverse
(Observation n° 4.)
Radiographie après lavement baryté.



Invagination iléo-cœcale.

(Observation n° 6.)

Radiographie après lavement baryté.



Pièce opératoire.
(Observation n° 4.)



Pièce opératoire.
(Observation n° 5.)

OBSERVATION VI (Inédite).

(Due à M. le Docteur LEFÈVRE.)

Invagination intestinale chronique de l'adulte.

Le Docteur Lefèvre est appelé, le 25 décembre 1934, par le Docteur Capdevielle pour voir, en consultation, Mme D..., âgée de 70 ans, habitant Facture. Mme D... a beaucoup maigri depuis quelque temps et présente un syndrome de Kœnig typique, ainsi qu'une tumeur dans l'hypogastre droit.

A l'interrogatoire, on apprend que, depuis huit mois environ, cette malade présente à chaque instant, soit la nuit, soit le jour, six à sept heures après les repas, des coliques dans la fosse iliaque droite avec borborygmes. De temps en temps, le ventre se ballonne et la malade a des vomissements bilieux. Enfin, débâcles diarrhéiques. Des alternatives de diarrhées et de constipation se succèdent depuis lors, avec présence de sang rouge dans les selles.

Examen. — Malade au teint jaune, intoxiquée, très fatiguée, assez amaigrie.

L'abdomen est légèrement ballonné. On sent, à la palpation, que l'intestin est distendu, et dans la région sous-hépatique on trouve une petite tumeur allongée en boudin, dont la consistance rappelle celle d'un rein, tumeur mobile transversalement et longitudinalement. La palpation et la percussion permettent d'apprécier qu'elle est indépendante du foie. On situe donc cette tumeur dans la région du côlon ascendant et dans la partie supérieure de l'angle droit.

Le diagnostic de grosse vésicule est rejeté et on pense à une tumeur intestinale. On transporte alors la malade à la Maison de Santé pour examens plus complets.

Le lavement baryté s'arrête au niveau des crêtes iliaques, et là existe un côlon ascendant très distendu, donnant une image très nette d'invagination iléo-cæcale.

Le lendemain de cet examen radiologique, la malade se sent mieux. Les coliques ont disparu, et la palpation ne permet pas

de retrouver la tumeur que l'on avait perçue les jours précédents. La malade refuse toute intervention chirurgicale et rentre chez elle le 29 décembre 1934.

On lui avait conseillé, avant son départ de la Maison de Santé, pour confirmer la désinvagination produite par lavement, et pour essayer de déceler la présence d'une tumeur intestinale, sinon l'intervention, tout au moins la recherche du sang dans ses selles et l'examen radiologique de l'intestin en couche minime.

Devant le refus de cette malade, nous devons réserver le pronostic, les causes de l'invagination étant dues, dans la moitié des cas environ, à la présence de tumeurs intestinales bénignes ou malignes.

Depuis ce jour, Mme D... n'a plus souffert; plus aucune colique abdominale; elle a engraisé de plusieurs kilos.

CONCLUSIONS

L'invagination intestinale chronique de l'adulte est, sans doute, plus fréquente qu'on ne le pense..

Tout malade présentant des crises douloureuses abdominales s'accompagnant d'alternatives de constipation et de débâcles diarrhéiques (sanglantes ou non) ou de diarrhée continue, crises se répétant à intervalles plus ou moins éloignés et séparés par des périodes de bonne santé, doit être minutieusement palpé et soumis à un examen radiologique complet.

Si la palpation abdominale révèle une de ces tumeurs fantômes et si, de plus, on note de l'amaigrissement et de l'asthénie, on sera en droit de penser à une invagination intestinale chronique.

Ce diagnostic sera confirmé par des examens radiologiques après ingestion de bouillie barytée ou administration de lavement contenant de la gélobaryne, et nous dirons avec Muff que la possibilité de différencier le boudin de la gaine (aspect en cupule, en croissant, en fourche, en rosace, en cocarde, en clou, en ombrelle) représente un signe certain d'invagination, de même que les modifications morphologiques de la gaine au niveau du gros intestin, par exemple les tassements, le raccourcissement, la dilatation, les images d'amputation, les lacunes d'invagination.

L'intervention étant décidée, après laparotomie exploratrice, s'il existe une invagination, elle est reconnue aussitôt. A ce moment, il faut préciser son siège, son étendue, puis examiner minutieusement l'état de l'intestin : voir sa colo-

ration, sa vascularisation; déceler la présence d'œdème, d'indurations, d'ulcérations, car de ces données dépend la conduite à tenir.

1° Désinvagination et colopexie postérieure si l'invagination est récente et ne s'accompagne d'aucune altération intestinale.

(Se souvenir que la désinvagination est une méthode de douceur et de patience.)

2° Résection si les lésions sont trop anciennes, s'il y a des adhérences et atteintes des vaisseaux du mésentère.

3° La présence d'une tumeur intestinale ou bien l'impossibilité de la désinvagination impliquent la résection en un ou deux temps, selon les circonstances, la résection étant la seule intervention qui supprime les causes de l'invagination et ses conséquences.

Vu : *Le Doyen,*

PIERRE MAURIAC.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 24 juillet 1935.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

BOUDEY. — Thèse de Bordeaux, 1926.

BRODERSEN. — *Acta chirurgica, Scandinavica*, t. LXVI, n° 4, 25 janv. 1930, p. 101.

BROCQ et GUEULLETTE. — *Journal de chirurgie*, 4 oct. 1926.

CADILLAC (L.). — *Journal de chirurgie*, 4 oct. 1926.

CADILLAC (L.). — Thèse de Paris, 1932.

CAIN (A.) et CHÊNE (P.). — *Gaz. méd. de France*, 15 mars 1930, n° 6, p. 149-154.

CARAJANNOPOULOS. — *Bull. et mém. de la Société nationale de chirurgie*, 28 avril 1928.

DARDEL. — *Journ. de chirurgie*, n° 6, déc. 1928, p. 176.

DE LAVERGNE et GUILLEMIN (A.). — *Revue médicale de l'Est*, t. LV, n° 1, janv. 1927.

DELBET (PIETTE). — *Société de chirurgie de Paris*, avril 1916.

DELORE et GIRARDIER (J. DE). — *Journ. de chir.*, n° 5, mai 1930, p. 641.

DUROSELLE. — *Bull. et mém. de la Société nationale de chirurgie*, t. LIX, n° 26, 12 juill. 1933.

FIOLLE et TRANIER. — Société de chirurgie de Marseille, séance du 16 janv. 1933, in *Marseille médical*, n° 4, 5 févr. 1933.

FIOLLE, MONGES (J.) et LUCCIONI (Marseille). — Société de chirurgie de Marseille, séance du 23 oct. 1933, in *Bulletin et mém. de la Société*, t. VII; *Marseille médical*, n° 8, oct. 1933, p. 340-343.

GERNEZ. — Thèse de Paris, 1906.

GOSSET. — *Bulletin de la Société de radiologie médicale de France*, année 1929, n° 138, p. 131.

GUEULLETTE. — Thèse de Paris, 1925.

HABLER. — *Wursburg Zentralblatt für Chirurgie*, t. LV, n° 26, 30 juin 1928, p. 1603 à 1606.

HENNINGS. — *Zentralbl. für Chirurgie, Leipzig*, n° 6, 20 févr. 1932.

- HOFFMANN. — *Zentralbl. für Chirurgie*, 17 janv. 1925.
- LAFOURCADE (Bayonne). — Société de chirurgie de Paris, 1912, in *Journal de chirurgie*, 1912.
- LAMSON. — *Surgery, gynec., obstet.*, Chicago, LIV, n° 3, mars 1932, p. 564.
- LEFÈVRE et LAPORTE (A.). — Société de chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest, séance du 8 mars 1934, in *Bordeaux chirurgical*, n° 3, juill. 1934.
- LOWER. — *Annals of Surgery*, sept. 1925.
- MAISTO (Alberto J.). — *La Prensa medica-argentina*, an XX, n° 17, 26 avril 1933, p. 931-941, in *Journal de chirurgie*, n° 3, sept. 1934, p. 473.
- MANSOURI. — Société d'électroradiologie d'Alger et de l'Afrique du Nord, séance du 29 déc. 1931, in *Algérie médicale*.
- MICHON et CADENAT. — *Bull. et mém. de la Société de chirurgie*, séance du 2 févr. 1927, p. 131.
- MORO (J.). — Thèse de Paris, 1933.
- MOORO. .. *British med. Journ.*, 23 feb., 1924.
- NAFIBEY. — Société de médecine et de chirurgie et d'hygiène d'Alep, séance du 19 déc. 1932, in *Marseille médical*, n° 26, 15 sept. 1933.
- PÉTROWITCH-DAVIDOWITCH. — *Bulletin et mémoires de la Société nationale de chirurgie*, t. LVIII, n° 27, 5 nov. 1932, p. 1276.
- PLATOU. — *Norsk. Mag. f. Lægevidensk*, avril 1924, p. 292.
- POLIQUEN (E.). — *Bulletin et mémoires de la Société nationale de chirurgie*, t. LVIII, n° 19, 18 juin 1932.
- POULIQUEN. — *La Médecine*, oct. 1927, p. 47.
- Société nationale de chirurgie, 15 mai 1929.
- *Gazette médicale de France*, n° 4, 15 avril 1929, p. 1.
- GENU. — Société de chirurgie de Paris, févr. 1916.
- RYDYGIER (Cracovie). — Société allemande de chirurgie, Congrès de Berlin, avril 1895.
- SOULIGOUX. — Société de chirurgie de Paris, séance du 10 avril 1912.

